

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Pathologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042767

ND: 43.776

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5048 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LEBBAR Amin

Date de naissance : 03/01/64

Adresse : lebbaramin64@gmail.com

Tél. : 0661-42424 Total des frais engagés : 829,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/10/2020

Nom et prénom du malade : LEBBAR Amin Age : 56

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète 2 et stéatose hépatique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 10/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : Amin



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8-10-2020				<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SOULAIMA</b> YOUSRA LAHLOU Rés. Les Jardins de Californie 2 Bd. de Fes Imm 1 Calafornie Caza. Tél: 05.22.21.98.94	08/10/20	729,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	08/10/20	B° 100	100 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Importance  
Veille

IPRADIA® LP 500 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 12,90 DH



IPRADIA® LP 500 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 12,90 DH



IPRADIA® LP 500 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 12,90 DH



IPRADIA® LP 500 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 12,90 DH



IPRADIA® LP 500 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 12,90 DH



IPRADIA® LP 500 mg  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée  
PPV : 12,90 DH

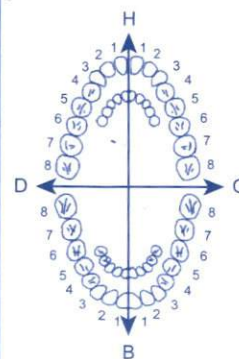


B

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE, DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous

الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSSOUF ABDELHAKLOU  
Rés. «Les Jades de Californie 2»  
Bd. de l'Indépendance  
Casablanca 22 21 98 94

Casablanca, le : 8-10-2020 : الدار البيضاء، في :

Mr LEBAR Amine

Ipsovia 500 ug

12.90 x 6

→ 1/2 comprimé  
au milieu  
du repas  
6 mois



113.70 x 2

64.50 x 2



Ronipheo 20  
→ 1/2 comprimé  
à jeun le matin  
3 mois

voedes → 1/2 comprimé  
3 mois

Zyloric 300  
→ 1 comprimé  
soir  
6 mois

Spectraum 500  
→ 2 comprimés  
2 fois

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Quartier des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063



LOT 191188  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

**OEDDES<sup>®</sup>**  
oméprazole



**20**  
mg  
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

**14 x**



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



**COOPER**  
PHARMA



ملغ 100

زِيلُورِيك<sup>®</sup>

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 200363

EXP 02 2024

PPV 46.70 DH



ملغ 100

زيلوريك<sup>®</sup>

ألوبورينول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 200363

EXP 02 2024

PPV 46.70 DH



LOT 200280  
EXP 02/2023  
PPV 149.50DH

500 ملغ  
عن طريق الفم

20 x 

قرصا ملبسا



COOPER  
PHARMA



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER

سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser

SPECTRUM pendant la grossesse

من الأفضل تجنب استخدام سبيكتروم أثناء الحمل

®

سبيكتروم

سيفلوكساسين

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

عدد ٥ زوايا حادة





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



**20 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**

**Composition:**

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

**التركيبية:**

رابيبرازول الصودي. 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



**20 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**

**Composition:**

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

**التركيبية:**

رابيبرازول الصودي ..... 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



**20 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**

**Composition:**

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

**التركيبية:**

رابيبرازول الصودي ..... 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



**20 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**

**Composition:**

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

**التركيبية:**

رابيبرازول الصودي ..... 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.



**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
بالموعد

Casablanca, le : 8.10.2020 : الدار البيضاء

MR TERRAR Amine

diapase'mie

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil - Casablanca  
Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75





Casablanca, le 08/10/2020

Dossier N° : 153510416 Pvt du: 08/10/2020 10:55

Nom : Mr LEBBAR Amine

Age : 56 ans

Demandé par Dr : SLAOUI DIOURI ZINEB

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### ENZYMOLOGIE

LIPASE

Résultat contrôlé

109 U/l

Valeurs Usuelles  
( Inférieur à 60 )

Antériorité

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Omariya - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 0522 21 22 39  
INPE: 093061596

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omariya, Ain Chock - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Gsm: 0662 27 99 66 - Fax: 0522 21 22 39 - E-mail: othmani.laboratoire@gmail.com - Site web: www.othmanilab.ma



# Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Reç El Qods, Bd El Qods Quartier Omania, Ain Chock - Casablanca  
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

## Facture

N° facture : 2020-5272

Edité le : 09/10/2020

Patient : Mr LEBBAR Amine

Date prélèvement : 08/10/2020

N° Dossier : 153510416

Analyses	Valeur en B	Montant
LIPASE	100	134,00
Total B	100	134,00
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		100,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2. Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Omania - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
INPE: 093061596